

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814



July 19, 1988

ALL COUNTY LETTER NO. 88- 85

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: EMERGENCY FOOD STAMP ASSISTANCE IN DISASTERS

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER NO. 87-158

The purpose of this letter is to provide counties with reproducible copies of the Spanish version of the Application for Emergency Food Stamp Assistance DFA 385 (11/87) and the Notice of Action - Emergency Food Stamp Assistance - DFA 385A (11/87).

Background

On December 10, 1987, All County Letter No. 87-158 transmitted the English version of the Application for Emergency Food Stamp Assistance and the Notice of Action for Emergency Food Stamp Assistance along with instructions for completing both.

Since that time, counties have received the Emergency Food Stamp Assistance in Disaster - Handbook.

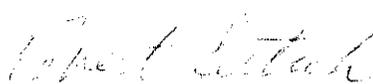
The transmittal of the Spanish DFA 385 (11/87) and the Spanish DFA 385A (11/87) complete the translation of this form. No other translation is planned at this time.

Form Reproduction/Storage

As with the English version, counties must reproduce their own stock of the Spanish DFA 385 and DFA 385A. Counties may print a supply of the form and Notice of Action to have on hand in case of a disaster or use the attached reproducible copy as a master to be printed at the time of the emergency.

The DFA 385A must be reproduced in triplicate with the current NA Back printed on the reverse side of the notice.

If you have any questions, please contact Barbara Cox of the AFDC and Food Stamp Policy Implementation Bureau at (916) 324-2014 or ATSS 454-2014.


ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

SOLICITUD PARA ESTAMPILLAS PARA COMIDA DE EMERGENCIA

Período de desastre: de _____ a _____

SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

INFORMACIÓN IMPORTANTE — LÉASE CUIDADOSAMENTE

SUS DERECHOS COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE:

- A que se le atienda sin importar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, sexo, impedimento, o edad y a presentar una queja si piensa que le han discriminado.
- A que se le den estampillas para comida, al cabo de un día, si reúne los requisitos.
- A hablar sobre cualquier acción respecto a su caso con el Departamento de Bienestar del Condado y a pedir una audiencia con el Estado dentro de un período de 90 días.
- A tener una revisión inmediata, por un supervisor, si su solicitud ha sido negada.
- A presentar una queja o pedir una audiencia con el Estado, escribiendo al Departamento de Bienestar del Condado en su localidad, o llamando al número gratuito 1-800-952-5253. El número gratuito para sordos (TDD) es 1-800-952-8349.
- A representarse a sí mismo en una audiencia con el estado o a que le represente un miembro del hogar, un amigo, abogado, o cualquier otra persona.

- Usted puede autorizar a otra persona para que recoja sus estampillas para comida por usted o para que las use para comprarle comida. Si desea autorizar a alguien complete abajo:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NO. DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	
CIUDAD	

¡¡AVISO DE SANCIONES!!

SI SU HOGAR RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, TIENE QUE SEGUIR LAS REGLAS INDICADAS ABAJO. EL NO REPORTAR INFORMACIÓN O EL FALSEAR LOS HECHOS, PUEDE RESULTAR EN PROSECUCIÓN LEGAL CON SANCIONES DE MULTA, ENCARCELAMIENTO, O AMBAS COSAS. LAS SANCIONES PUEDEN CAUSAR DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA, MULTAS DE UN MÁXIMO DE \$10,000 DÓLARES, O ENCARCELAMIENTO DE HASTA 5 AÑOS. LAS SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN SON 6 MESES POR LA PRIMERA VIOLACIÓN, 12 MESES POR LA SEGUNDA VIOLACIÓN Y DESCALIFICACIÓN PERMANENTE POR LA TERCERA VIOLACIÓN.

SUS RESPONSABILIDADES COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE

- Contestar las preguntas, lo mejor que pueda, de manera completa y verídica. Si usted se rehusa a proporcionar cualquiera de la información que se necesita, no recibirá estampillas para comida.
- En su entrevista, debe presentar pruebas que lo identifiquen como jefe de familia, de la identidad de la persona que llene la solicitud, y si es posible, pruebas del domicilio del hogar, cuando ocurrió el desastre.
- Usted debe cooperar con el personal del condado, estado y federal, si ha sido seleccionado para una revisión después del período de desastre.

- No dé información falsa, ni retenga información para obtener o continuar obteniendo estampillas para comida.
- No cambie, ni venda estampillas para comida o la tarjeta de Autorización para Participar (ATP), o cualquier otra autorización para beneficios.
- No altere ATPs u otra autorización para obtener estampillas para comida que no tenga derecho a recibir.
- No use las estampillas para comida para comprar artículos que no califiquen, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use las estampillas para comida o ATPs u otra autorización que pertenezcan a otra persona, para su propio hogar.

INSTRUCCIONES: Por favor complete las preguntas en esta forma; dé las circunstancias a esperarse dentro del período de desastre indicado arriba. Usted, otro miembro de su hogar, u otro adulto que le conozca puede completar esta forma. Si un adulto que no es miembro de su familia llena la forma por usted, adjunte su aprobación, por escrito, firmada por el jefe de la familia o algún otro miembro, adulto, del hogar.

NOMBRE (JEFE DE LA FAMILIA)	
DIRECCIÓN PERMANENTE CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE	NO. DE TELÉFONO
DIRECCIÓN TEMPORAL	NO. DE TELÉFONO

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

- Disaster Application
 Disaster Recertification
 Can the head of household's identity be verified?

YES NO
 Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

YES NO
 Type of verification:

Can the household's residence be verified?

YES NO
 Type of verification:

PARTE A — SITUACIÓN DE SU HOGAR. (Conteste Si o No a cada pregunta)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha pagado o espera pagar, durante el período de beneficios por desastre, cualquiera de los siguientes gastos relacionados con el período de beneficios por desastre: reparación o reemplazo de su casa, negocio o propiedades que posee y alquila; vivienda temporal, mudanza de una casa que tuvo que evacuar, protección de su casa, negocio o propiedad suya que alquila, gastos médicos, de entierro o funeral que resultaron de heridas recibidas durante el desastre? | SÍ | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Le es imposible utilizar los ingresos de su hogar o fondos en efectivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Han disminuído, se han demorado o cesado sus ingresos o fondos en efectivo debido al desastre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Va usted a comprar comida y preparar alimentos durante el período de beneficios por el desastre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PARTE B — MIEMBROS DEL HOGAR

5. Dé los nombres de todas las personas que estén solicitando estampillas para comida de emergencia. Incluya solamente a las personas que estaban viviendo con usted cuando ocurrió el desastre.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Non-Household/ Excluded Member Codes (63-402)

NOMBRE (JEFE DE LA FAMILIA) (HH)		No. de Seguro Social *	Ciudadano	Fecha de nacimiento
A.			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE	Parentesco con el jefe de la familia (HH)	No. de Seguro Social *	Ciudadano	Fecha de nacimiento
B.			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE	Parentesco con el jefe de la familia (HH)	No. de Seguro Social *	Ciudadano	Fecha de nacimiento
C.			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE	Parentesco con el jefe de la familia (HH)	No. de Seguro Social *	Ciudadano	Fecha de nacimiento
D.			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE	Parentesco con el jefe de la familia (HH)	No. de Seguro Social *	Ciudadano	Fecha de nacimiento
E.			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE	Parentesco con el jefe de la familia (HH)	No. de Seguro Social *	Ciudadano	Fecha de nacimiento
F.			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE	Parentesco con el jefe de la familia (HH)	No. de Seguro Social *	Ciudadano	Fecha de nacimiento
G.			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

1. Separate Household (purchase/prepare)
 2. Separate Household (elderly/disabled)
 3. Roomer
 4. Live-in Attendant
 5. Other (shared living quarters)
 6. Ineligible Alien
 7. Boarder
 8. SSN Disqualified
 9. IPV Disqualified
 10. Workfare Sanctioned
 11. Deleted
 12. Ineligible Student
 13. Questionable Citizenship
- Household Size: _____

*El proporcionar su número de Seguro Social (SSN) es voluntario. Será usado únicamente con fines de identificación.

6. ¿Es alguna de las personas antes mencionadas un estudiante, de 18 años de edad o mayor, que asiste a la universidad (college) o escuela vocacional? SÍ NO
Si es así ¿quién es? _____

7. ¿Está alguna de las personas antes mencionadas descalificada del Programa de Estampillas para Comida? SÍ NO
Si es así ¿quién es? _____

PARTE C — INGRESOS/RECURSOS/GASTOS

8. a. ¿Cuál es el total de la cantidad neta que le pagan y lleva a su casa u otros ingresos que todas las personas antes mencionadas han recibido o recibirán durante el período de beneficios por el desastre? \$ _____

b. Enumere todas sus fuentes de ingresos: _____

9. Enumere todos los recursos en efectivo que las personas antes mencionadas podrán recibir durante el período de beneficios por el desastre. **No incluya el dinero que haya declarado bajo el número 8.**

Dinero en efectivo	Cuentas de ahorros	Cuentas de cheques	Otros recursos
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

10. Anote la cantidad de dinero por pérdidas o daños resultantes del desastre que ha pagado o espera pagar durante el período de desastre. No anote las cantidades que serán pagadas por otras personas que no están anotadas arriba o que les serán reembolsadas durante el período de desastre.

a. Reparación o reemplazo del hogar, negocio o propiedades que poseé y alquila. \$ _____

b. Gastos por vivienda temporal. \$ _____

c. Gastos de mudanza de casa que tuvo que ser evacuada. \$ _____

d. Gastos de protección de su hogar, negocio o propiedades que poseé y alquila. \$ _____

e. Gastos médicos o por funerales que resultaron de heridas recibidas durante el desastre. \$ _____

11. a. ¿Alguna de las personas antes mencionadas recibe actualmente estampillas para comida? SÍ NO
Si es así, ¿quién es? _____ Asignación mensual \$ _____

b. ¿Pidieron o recibieron el reemplazo de estampillas para este mes? SÍ NO

Computation

A. Anticipated Income from (8) \$ _____

B. Accessible Cash Resources (from (9)) \$ _____

C. Total disaster period income = (A + B) \$ _____

D. Total allowable disaster-related expenses (from (10)) \$ _____

E. Accessible disaster period income = (C - D) \$ _____

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____

2. Regular Allotment Already Received \$ _____

3. Net Disaster Allotment = (1 - 2) \$ _____

SU CERTIFICACIÓN

Certifico que entiendo las preguntas en la solicitud y que mi hogar necesita asistencia de alimentos de emergencia. He leído el aviso de sanciones (o me lo han leído). Autorizo que se divulgue la información necesaria para determinar la exactitud de mi elegibilidad. Si se me selecciona, cooperaré plenamente con el personal del condado, estado o gobierno federal en la revisión a llevarse a cabo después del período de desastre. También entiendo que se me puede requerir que devuelva lo que se me haya pagado en exceso si yo, cualquier adulto, miembro de mi hogar, o el representante autorizado haya reportado información incorrecta o incompleta.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en mi solicitud es verdadera, correcta y completa.

IRMA (MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO) _____ FECHA _____

FECHA SI HA FIRMADO CON UNA "X" _____

Issuance document ID Number No. _____

Client ID Issued YES NO

WORKER'S SIGNATURE _____ DATE _____

SUPERVISOR'S SIGNATURE _____ DATE _____

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

ESTAMPILLAS PARA COMIDA DE EMERGENCIA

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Fecha de la Notificación _____
Nombre _____
del Caso _____
Numero _____
Nombre del _____
Trabajador(a) _____
Numero _____
Teléfono _____
Dirección _____

(DESTINATARIO)

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

APROBACIÓN.

Su solicitud para beneficios de emergencia de estampillas para comida ha sido aprobada para el período de beneficios por desastre de _____ a _____. Durante este período usted recibirá \$ _____ en estampillas para comida para _____ personas.

Si se extiende el período de beneficios por desastre, es posible que usted sea elegible para recibir beneficios adicionales. Ponga atención a las noticias en que se informe que se ha extendido el período. Si desea recibir beneficios durante la extensión del período, debe presentar otra solicitud.

IMPORTANTE: No pierda esta notificación. Tiene que llevarla a la dirección que se muestra abajo para obtener sus estampillas para comida.

NEGACIÓN.

Su solicitud para beneficios de emergencia de estampillas para comida ha sido negada.

La razón es la siguiente:

Si sus circunstancias cambian durante el período en que se le estén otorgando estampillas para comida de emergencia y usted cree que pudiera ser elegible para recibir beneficios de emergencia, puede presentar otra solicitud. También puede solicitar beneficios del programa normal de estampillas para comida en cualquier tiempo. Para hacerlo, póngase en contacto con:

Si cree que esta negación está equivocada, puede pedir a un supervisor que revise su caso. Dígale a su trabajador que quiere que se haga esta revisión ahora.

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Puede consultarlos en su oficina de bienestar: sección del manual 63-900.54

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Puede consultarlos en su oficina de bienestar: